"बिजनेस पोस्ट के अन्तर्गत डाक शुक्क के नगद भुगतान (बिना डाक टिकट) के प्रेषण हेतु अनुमत. क्रमांक जी.2-22-छत्तीसगढ़ गजट / 38 सि. से. भिलाई. दिनांक 30-05-2001."



पंजीयन क्रमांक "छत्तीसगढ़/दुर्ग/09/2013-2015."

छत्तीसगढ़ राजपत्र

(असाधारण) प्राधिकार से प्रकाशित

क्रमांक 558]

रायपुर, शुक्रवार, दिनांक 29 अक्टूबर 2021 — कार्तिक 7, शक 1943

योजना, आर्थिक एवं सांख्यिकी विभाग मंत्रालय, महानदी भवन, नवा रायपुर अटल नगर

अटल नगर, दिनांक 13 सितम्बर 2021

अधिसूचना

क्रमांक एफ 04-04/2011/23.— जन्म-मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम् 1969 (क्र. 18 सन् 1969) की धारा 30 की उप-धारा (2) के खण्ड (क) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग में लाते हुए, राज्य सरकार, छत्तीसगढ़ जन्म-मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियम्, 2001 में निम्नलिखित संशोधन करती है, अर्थात्:-

संशोधन

उक्त नियमों के प्ररूप में-

1. प्ररूप क्रमांक 2 के स्थान पर, निम्नलिखित प्रतिस्थापित किया जाये, अर्थात् :--

बुक क.20/ कार्म क्र-2 मृत्यु सूचना (प्रतिपर्ण जानकारी)	(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा) 2. लिंग (पैका निशान लगावे) 3. मृतक का नाम व पता 4. मृत्यु का स्थान 5. सूचनादाता का नाम व पता 6. सूचना दिनोंक	सूचना प्राप्तकर्ता के डस्ताक्षर व दिनांक
प्रपत्र सं. 2 (नियम 5 देखे) मृत्यु सूचना प्रपत्र साव्धियको सूचनाएं (इसे अलग करके साध्यिको प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए)	(सूचना देने वाले हारा भरा जाएगा) 1. हीं 2. नहीं 1. हीं 2. नहीं 1. हीं 2. नहीं 1. हों 3. 2. नहीं 1. से मिलारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारणः (सनी मृत्यु के लिए चाहे विकित्सकीय रूप से प्रमाणित हो अध्या नहीं) 17. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रमूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सताह के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सताह के भीतर हुईं: (सही अपना का आदी था तो कितने वर्षों सं	रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है पजीकरण संख्याः पंजीकरण दिनाक. मृत्यु की तिथिः तिर्मे तिर्मे तिरम्भित्य (पुरुष / महिला / ट्रांसजेंडर) अायु. मृत्यु का स्थानः १. अस्पताल / संस्था, 2. घर, 3. अन्य स्थान क्या मृत्यु प्रमाण पत्र बनाया गया है? हैं / नहीं अनर हो तो परिवार के सदस्य द्वारा लिया गया है : हैं / नहीं
मुर स्र क क 20/	(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा) 11. ग्राम या शहर, जहां मुतक का निवास हो जात मिन हो सकती है, वहां का पते की प्राविष्ट आवश्यक नहीं) क. शहर / ग्राम का नाम व. क्या शहर है अथवा ग्राम है(सही का निशान तगाए) 1. शहर 2. ग्राम 1. विन्तु 2. मुस्लिम 3. इसाई 4. अन्य धर्मः (धर्म का नाम सिखे) 13. मृतक का व्यवसायः (धर्म का नाम सिखे) 14. मृतु से पूर्व प्राप्त नहीं हो तो शून्य लिखे) 15. संस्थागत 2. संस्थागत 2. संस्थागत 2. संस्थागत 3. कोई विकित्सा ग्राप्त नहीं की	रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है नाम ::
प्रापत्र सं. २ मृत्यु सूचना/ मृत्यु पणिस्टर फार्म क्र-८, विधिक सूचनाएं उद्ध भाग मृत्यु पणिका में जुड़ेगा	(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा) 1. मूख की तिके 1. मूख का दिन, माह, वर्ष अकित करें जैसे 1-1-2000 2. मूख का तिम, माह, वर्ष अकित करें जैसे 1-1-2000 2. मूख का तिम, 3. मूख का तिम, 4. माता का माम 5. पिता का पाD NO. (if any) 2. X X X X X X X X X X	करेगा व तारीखे गरेगा) दिनांक : सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूट का निशान स्वेत्रकरण संख्या: स्वेत्रहार बाय मय जाना है पंजीकरण संख्या: पंजीकरण दिनांक: पंजीकरण इकाई: वहर / ग्राम: (टिप्पणी यदि कोई हो) एडिम्सूर का नम ब मोहर संक्रित करका.

बुक सं. / Book No. 20/	अनुक्रमांक / Sl. No
मृत्य	(प्रमाण-पत्र
	CERTIFICATE
नाम / Name मृतक क	आधार नं. / UID No. of deceased x x x x x x x
लिंग / Sex मत्य की तिथि / Date of Dea	ा आधार नं. / UID No. of deceased
	मृत्यु स्थान / Place of Death
माता का नाम / Name of Mother	
पिता का नाम / Name of Father	का आधार नं. / UID No. of Father x x x x x x x x
पति / पत्नि का नाम / Name of Husb. /Wife	ति/पात्न का आधार न./UID No. x x x x x x x x
पति / पत्नि की आयु / Age of Husb. /Wife पति / पत्नि का सम	पर्क विवरण. / Contact Details of Husb. /Wife
	पंजीकरण दिनांक / Date of Registration
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर / Signature of Receiver	
प्राप्तकर्ता का नाम व पता / Receiver's Name & add	
	प्राधिकारी के मोहर सहित हस्ताक्षर / Signature of the issuing
~	
~	
6	
₹	प्रपत्र : 6
	Form: 6
	त्यमव जबस
छत्तीर	गढ़ शासन
GOVERNMENT	OF CHHATTISGARH
(योजना, आर्थिक	एवं सांख्यिकी विभाग)
	ांख्यिकी संचालनालय
	G, ECONOMICS AND STATISTICS)
	ONOMICS AND STATISTICS
	वाले स्थानीय निकाय का नाम
	DY ISSUING CERTIFICATE
•	
बुक सं./Book No. 20/	अनुक्रमांक / Sl.No
मृत्य '	प्रमाण–पत्र
	CERTIFICATE
	तथा छत्तीसगढ़ राज्य जन्म-मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियम, 2001 व
नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)	(14) O(()(14) () 14) () () () () () () () () () () () () ()
	1
	hs and Deaths Act, 1969 and Rule 8/13 of the Chhattisgar
State Registration of Births and Deaths Rules, 2001)	
यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलि	खेत सूचना मृत्यु के मूल लेख से ली गई है, जो वि
(स्थानीय क्षेत्र) तहसीव	ल जिला
राज्य के रजिस्ट	र में जल्लेग्वित है।
	ion has been taken from the original record of death which i
	of Tehsil
of Districto	
नाम / Nameमृतक का आध	गर नं. / UID No. of deceased x x x x x x x x
लिंग / Sex	H 4,
	* / /
मृत्यु की तिथि / Date of Death (अंकों में / In Numbers)	/
(शब्दों में / In Words)	
मृत्यु का स्थान / Place of Death	
माता का नाम / Name of Mother	
पिता का नाम / Name of Father	
पति / पत्नि का नाम / Name of Husband/Wife	
पति / पत्नि का आधार नं / UID No of Husband/Wife	x x x x x x x x x x x
पति / पत्नि की आयु / Age of Husb. /Wife	
पति / पत्नि का सम्पर्क विवरण. / Contact Details of Husb.	WITE
nee en ner 2 (
मृतक का मृत्यु के समय का पता/	मृतक का स्थायी पता/
	Permanent address of the deceased
Address of the deceased at the time of death	
Address of the deceased at the time of death	
Address of the deceased at the time of death	
पंजीकरण संख्या / Registration No	in American
पंजीकरण संख्या / Registration No टिप्पणी Remarks (if any)	
पंजीकरण संख्या / Registration No	पंजीकरण दिनांक / Date of Registration
पंजीकरण संख्या / Registration No टिप्पणी Remarks (if any)	

"प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें."/"Ensure registration of every birth and death"

Atal Nagar, the 13th September 2021

NOTIFICATION

F. No. 04-04/2011/23.— In exercise of the powers conferred by clause (a) of sub-section (2) of Section 30 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (No. 18 of 1969), the State government, hereby, makes the following amendment in Chhattisgarh Registration of Births and Deaths Rules, 2001, namely:-

AMENDMENT

In Form of the said rules,-

1. For Form No.2, the following shall be substituted, namely:-

5. Name & Address of Informant



FORM NO. 2

	5		
	TH REPORT	egal Information	
5	A	I,	

This part to be added to the Death Register

No. Book No. -20.../..... Date of Death:
(Enter the exact day, month and year the death took place e.g.

-:

(To be filled by the informant)

(Fill name as usually writen)
UID No. of deceased (if any)

X | X | X | X | X | X | X | 3. Sex of the deceased

Book No. -20/...

This part to be detached and sent for statistical process

Book No20/	DEATH REPOR'	(To be filled by the informant)
5	No	
	gui	

DEATH REPORT (Counterfoll information)

1. Date of Death:

(To be filled by the informant)

	k No.
Sept 1	Book
	2

Ø



Town or Village or Residence of the deceased : (Place	15.	Town or Village or Residence of the deceased : (Place 15, Was the cause of death medically certified? (Tick the appropriate entry	Sex : (Tick the appropriate entry below)
where the deceased actually lived. This can be different		below)	
from the place where the death occurred. The house		1.Yes 2.No	1.Male 2.Female 3.1ransgender
address is not required to be entered.)	16.	16. Name of Disease or Actual Cause of Death :	3. Name & Full Address of Decease
a) Name of Town/Village :		(For all deaths irrespective of whether medically certified or not)	
b) Is it a town or village: (Tick the appropriate entry	17.	17. In Case this is a female death, did the death occur while pregnant, at	
below)		the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy:	
1. Town 2. Village		(Tick the appropriate entry below):	4. Place of Death:

c) Name of District : d) Name of State :

Name of Father :
UID No. of Father (if any)

(To be filled by the informant)

Full Address of Deceased

the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregna	: (wo	2.No	
ime of delivery or with	(Tick the appropriate entry below		If you at to habite all senters
the ti	(Tick	1.Yes	7,

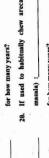
entry below):	2.No	smoke:		19 If used to habitually chew tobacco in any form :
(Tick the appropriate entry below):	1.Yes	18. If used to habitually smoke:	for how many years?	If used to habitually
		18		10

Religion: (Tick the appropriate entry below)

2.Muslim

1.Hindu





(write the name of the religion)

6.Any other religion:

Occupation of the deceased: (If no occupation write "Nil")

Date of Inform:

9

for how many years?	If used to habitually drin	for how many years?
	21.	8
ě	death	
	ed before	
	Pa	

k alcohol:



ress on the uccessor. (Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and the Hospital / Institution or the address of the death took place. If other place, give location)





(Columns to filled are over. Now put signature at left)









(To be filled by the registrar)	(To be	(To be filled by the registrar)
	Registration No.:	Registration Date:
	Date of Death:	Sex: 1.Male 2.Female 3
	Age: (Y	(Years/months/days/hours)
	Place of Death: 1. Hospital/Inst	Place of Death: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other Place

Code No.:

Name:

(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature here)

Signature or left thumb mark of the informan

Date:

To be filled by the Registration Date :

Name and Signature of the Registra

District:

Registration Unit: Town/Village: Remarks: (if any) Registration No.

Informant's name : UID No of Informant (If any) | X | X | X | X | X | K | K | |

Sex: 1.Male 2.Female 3.Transgender

Signature or left thumb mark of the informan

District:	Ag
Tabsil:	Pla
Town/Village:	Ha

Tabsil:	Place of De
Town/Village:	Has the dea
Registration Unit:	If yes, taker

	1000
age:	Has the deat
on Unit:	If yes, taken

	S	
	ž	
	2	
	50	
	E	
	ĕ	
	>	
	· Ē	
	12	
	5	
ı.	=	
The state of the s	ake.	
2	77	
,	f yes,	
	4	
1		
I	1	
1	-	
1		

rtificate been issued/ Yes / N	amily member: Yes / No
Has the death cer	If yes, taken by f



No
Yes/
member:
family
by
taken
f yes,
4

Name and Signature of the Registrar





बुक स./	Book No. 20/		अनुक्रमांक / Sl. No	
1		मृत्यु प्रमाण-पत्र		
		DEATH CERTIFICATE		
नाम / Na	ne	मृतक का आधार नं./UID No	of deceased x x x x x x x	x
ालग / Se	मृत्यु का ।	तीथ / Date of Death(अर्को में / In Num	bers)///	
(शब्दों में	In Words)	मृत्यु स्थान	/ Place of Death	
माता का	TH / Name of Mother	माता का आधार नं./UID	No. of Mother X X X X X X X	x
		पिता का आधार नं./UID		
पति / पत्नि	का नाम / Name of Husb. /Wife	पति/पत्नि का आधार	ਜਂ./UID No. x x x x x x x	x
			Details of Husb. /Wife	7
			Date of Registration	
प्राप्तकर्ता	के हस्ताक्षर / Signature of Receiver .			
	का नाम व पता / Receiver's Name &	add		
			मोहर सहित हस्ताक्षर / Signature of the	
			authority with S	ieal
		·×		>
			प्रपत्र :	6
		DWA	Form:	
			rotin.	U
	manage of the same	सत्यमेव जयते		
		छत्तीसगढ़ शासन		
₹	GO	VERNMENT OF CHHATTIS	GARH	
8		(योजना, आर्थिक एवं सांख्यिकी विभा		
		आर्थिक एवं सांख्यिकी संचालनालर		
	(DEPARTMEN	NT OF PLANNING, ECONOMICS A		
		TORATE OF ECONOMICS AND ST		
	प्रमाण-	पत्र जारी करने वाले स्थानीय निक	य का नाम	
	NAME	E OF LOCAL BODY ISSUING CERT	TIFICATE	
बुक सं./	Book No. 20/	अनुक्रमांव	5/SI.No	
1 1		मृत्यु प्रमाण-पत्र		
		DEATH CERTIFICATE		(5)
(जन्म–मृत	रिजस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969	की धारा 12/17 तथा छत्तीसगढ़	राज्य जन्म-मृत्यु रजिस्ट्रीकरण निय	म, 2001
	13 के अंतर्गत जारी किया गया)			
(Issued u	nder section 12/17 of the Regis	stration of Births and Deaths A	ct, 1969 and Rule 8/13 of the C	hhattis
State Reg	istration of Births and Deaths R	tules, 2001)		
			के मूल लेख से ली गई है	र जो
(स्थानीय	भेत्र)	तहसील	जिला	2, 411
राज्य	/	के रजिस्टर में उल्लेखित है	TOICH	
,,,,,	This is to certify that the falls	wing information has been take	n from the original record of dea	th whi-
the regist	er for (Local area/local body)	wing information has been take	of Tehsil	ui wnic
			or rensir,	
			deceased x x x x x x x	
	ue		acceased A A X X X X X	^
मृत्यु को	ताथ / Date of Death (अको में /	In Numbers)//	/	
(शब्दों में /	In Words)			
मृत्यु का	थान / Place of Death			
		माता का आधार नं./UID		x x
पिता का	Name of Father	पिता का आधार नं /।।।।	No. of Father x x x x x x	1 1
पति /पति	का नाम / Name of Husband/W	ife	* X X X X X	A X
पति /पनि	का आधार नं / IIID No of Una	band/Wife x x x x x	T x T x T T T T T T T T T T T T T T T T	
π Ω /π Ω	की आग / A as action has	oand/wite _ ^ ^ * * *		
410 / 410	की आयु / Age of Husb. /Wife	. T. CIT. 1 MILE		
पात / पति	का सम्पक विवरण. / Contact De	etails of Husb. /Wife		
	तिक का मृत्यु के समय का पता/		मृतक का स्थायी पता/	,
	s of the deceased at the time of			had
	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH		Permanent address of the decease	sea
1:0	ricar / Design in N			
पजाकरण	संख्या / Registration No		• • •	
ाटप्पणी F	emarks (if any)	पजीकरण वि	লাক / Date of Registration	
जारी कर	की तिथि / Date of issue		हस्ताक्षर / Signature of the issui	***
		प्राविकारा क	evener/ Signature of the issui	ng auth
			पता / Address of the issuing a	.1

"प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें."/"Ensure registration of every birth and death"

By order and in the name of the Governor of Chhattisgarh, ASHISH KUMAR BHATT, Secretary.